

**ABIGAIL MICAELE ARRUDA DOS SANTOS**

**HISTÓRICO DE INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO DE MULHERES  
RESIDENTES NA CIDADE ESTRUTURAL, DISTRITO FEDERAL, 2017**

Trabalho de conclusão de curso em forma de artigo apresentado como requisito da disciplina de TCC do curso de Enfermagem do UniCEUB sob orientação da Prof. Msc Gilmara Nascimento.

**BRASÍLIA**

**2017**

**ABIGAIL MICAEL ARRUDA DOS SANTOS**

**HISTÓRICO DE INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO DE MULHERES  
RESIDENTES NA CIDADE ESTRUTURAL, DISTRITO FEDERAL, 2017.**

**Abigail Micaele Arruda dos Santos<sup>1</sup>  
Gilmara nascimento<sup>2</sup>**

**RESUMO:**

A maioria das gestações ocorrem sem intercorrências. Entretanto, é essencial identificar patologias durante este período para prevenção da morbimortalidade materna. O objetivo desse estudo foi descrever o histórico de intercorrências na gestação, autorreferidas, entre mulheres residentes na Região Administrativa Cidade Estrutural, Brasília-DF. Foi realizado um estudo transversal descritivo. A coleta de dados ocorreu em abril de 2017, utilizando de um questionário estruturado. Foi perguntado sobre o histórico de anemia, infecção do trato urinário (ITU), hipertensão e diabetes gestacional (DGM) na última gestação e 82 (49%) relataram pelo menos um dos problemas. No estudo 21,5% relatou ITU, 20,9% anemia, 8,9% hipertensão e 8,9% DMG. Caracterizamos como alta a frequência de patologias na gestação. Estes achados apontam para a importância do investimento contínuo na qualificação das ações de pré-natal com abordagem de identificação de risco e ações de educação em saúde das gestantes, para promoção do auto cuidado no ciclo gravídico puerperal.

**Palavras-chave:** Gestação. Morbidade materna. Prevalência.

**HISTORY OF INTERCORRENCES IN THE PREGNANCY OF LIVING WOMEN IN  
THE STRUCTURAL CITY, FEDERAL DISTRICT, 2017.**

**ABSTRACT:**

Most pregnancies happens without complications. However, it is essencial to identify pathologies during this period to prevent maternal morbimortality. The goal of this paper was to describe the historic of complications on pregnancies, selfreferred, among living women in Administrative Region Estrutural City, Brasilia/DF. It was done a descriptive transversal study. The data collection occurred in April of 2017, using a structured questionnaire. It asked about anemia historic, urinary tract infection (UTI), high blood pressure and gestational diabetes (DGM) in the last gestation and 82 women (49%) reported at least one of these problems. In the study, 21,5% reported UTI, 20,9% anemia, 8,9% high blood pressure and 8,9% DMG. We characterized as high the frequency of pathologies on pregnancy. These findings point to the importance of continued investment on prenatal actions qualifications approaching the identification of risks and pregnant's health education actions, to promote self care in the postnatal gestational cycle.

**Keywords:** Pregnancy. Maternal mortality. Prevalence.

---

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Enfermagem do UniCEUB.

<sup>2</sup> Professora do Curso de Enfermagem do UniCEUB.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de grandes modificações na vida da gestante, marcado por alterações consideradas fisiológicas relacionadas ao estado gravídico, de ordem física, psicológica e social. A gestação e o parto se desenvolvem com menor frequência de intercorrências, ainda que haja uma fração de casos em que se evoluem patologias, agravos ou complicações com probabilidade de desfecho desfavorável para a gestante ou para o feto (BRASIL, 2010).

A diminuição da morbimortalidade materna no Brasil ainda é uma das agendas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos casos são classificados como evitáveis, mediante a um acesso ao pré-natal de qualidade dessas mulheres permitindo o rastreamento de doenças precocemente e identificando os fatores de risco, bem como acesso ao parto e nascimento assistido por profissionais habilitados, acesso à unidade de referência para as emergências obstétricas (BRASIL, 2010).

Alguns fatores que influenciam no desenvolvimento de patologias durante a gestação, podem ser doenças preexistentes, algumas doenças crônicas como, hipertensão, diabetes, histórico de morbidade familiar, entre outros. Alguns fatores podem vir de características individuais como comportamento, estilo de vida da mulher (atividade física, alimentação, sedentarismo, consumo de cigarro, álcool, drogas de abuso, etc). É importante também a história reprodutiva anterior. Todos estes fatores podem atuar de maneira isolada ou conjunta no período de gestação, assim aumentando a morbimortalidade materna. Um fator preponderante neste processo é o conhecimento que a mulher tem de si mesma sobre sua condição de saúde, que vai ser um fator decisivo no momento de identificar os fatores de riscos existentes (MCCALL; MARREIRO, 2009).

As intercorrências infecciosas durante gestação abrangem casos de infecção do trato urinário, infecções respiratórias, infecções com potencial de produzir transmissão vertical. Já as intercorrências clínicas envolvem doenças diagnosticadas na gestação atual, como cardiopatias, endocrinopatias etc. A morbimortalidade relacionadas à tais intercorrências clínicas podem ser especificadas como causas obstétricas indiretas de morte e adoecimento, visto que resultam de doenças pregressas à gravidez ou que progridem nesse intervalo, intensificadas pelas condições fisiológicas da gravidez (VIANA et al., 2011).

A Infecção do Trato Urinário (ITU) define-se pelo aparecimento de agentes infecciosos e invasão dos tecidos urinários, classificada segundo sua localização em infecção urinária baixa

e alta. A bacteriúria assintomática é definida como o isolamento de bactérias na urina em quantidade maior ou igual a 10 unidades formadoras de colônias por mililitros (UFC/mL), sem sinais ou sintomas locais ou sistêmicos de infecção. Entre mulheres, gestantes ou não, sua prevalência é de 2 a 10% (VAZQUEZ; ABALOS, 2011; SMAILL; VAZQUEZ, 2015; VILLAR et al., 2000). A ITU apresenta significativas complicações maternas (celulite e abscesso perinefrético, obstrução urinária, trabalho de parto prematuro, corioamniorrexe prematura, anemia, corioamnionite, endometrite, pré-eclâmpsia, choque séptico, falência de múltiplos órgãos e óbito) e perinatais (prematuridade, infecção, leucomalácia periventricular, falência de múltiplos órgãos e óbito) (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

No Brasil, a Hipertensão Gestacional (HG) após a 20ª semana de gestação é a patologia que manifesta o maior índice de morte entre as gestantes, sendo as Síndromes Hipertensivas e a hemorragia as implicações que levam à morte materna com maior frequência em países em desenvolvimento (AZEVEDO et al., 2009; SOARES et al., 2009; NETO et al., 2010).

No meio de danos evidenciados na gestação a hipertensão arterial de 140/90 mmHg ou mais se apresenta em cerca de 10% das gestantes. Tem uma frequência maior entre mulheres jovens em sua primeira gravidez e em mulheres múltiparas idosas (BRILHANTE et al., 2010).

Em mulheres normotensas antes da gestação, entretanto, vários empecilhos podem aparecer ao longo deste período, um deles está associado às Síndromes Hipertensivas da Gravidez como a pré-eclâmpsia leve, a grave, a eclâmpsia, com a complicação da HELLP síndrome caracterizada pela hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas, ou coagulação intravascular disseminada (ANGONESI; POLATO, 2007).

Com várias complicações durante a gestação, além da hipertensão as mulheres gestantes que apresentam anemia tendem a ter uma diminuição anormal da concentração de hemoglobina no sangue. É a alteração mais frequente, comumente, traz agravos as gestações e está associada, principalmente, com a deficiência de alguns micronutrientes, entre eles o ferro, vitamina B12 e/ou ácido fólico, causada pela elevação da necessidade dos mesmos (DANI et al., 2008).

A carência de ferro é o fator de risco específico para o surgimento de anemias nutricionais. A deficiência de ferro ocorre no organismo, de forma gradual e progressiva, até que a anemia se manifeste. As gestantes constituem um dos grupos populacionais mais suscetíveis às anemias nutricionais, em função do baixo consumo durante esse período e aumento da ingestão deste mineral. Como resultado associa-se a uma maior incidência de

abortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal, entre outras (WHO, 2001; PAIVA, 2007; MASSUCHETI, 2007).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) também vem sendo incorporado dentro das intercorrências gestacionais, aplicado para explicar qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. O surgimento dessa patologia pode ser esclarecido pelo aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico determinado pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O principal hormônio associado com a resistência à insulina no período da gravidez é o hormônio lactogênico placentário, no entanto, entende-se hoje que outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão incluídos (FREITAS et al., 2006).

Outras causas significativas são as condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, uma vez que possibilita o surgimento de riscos gestacionais, como essas situações estão relacionadas, com maior frequência ao estresse e a piores condições nutricionais (MOURA et al., 2010).

A investigação de patologias, durante o pré-natal é fundamental, para um desfecho favorável para a mãe e o feto. É necessário um acompanhamento durante o pré-natal para assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem efeito deletério para saúde materna, integrando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) proporciona assistência ao pré-natal de qualidade, e o vínculo estabelecido entre os profissionais com as gestantes é imprescindível para a aceitação das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal. É de total relevância a assistência à mulher no pré-natal pela ESF, contribuindo para diminuir a morbimortalidade relacionada à gravidez. Assim, estudos que busquem conhecer o histórico de doenças na gestação em áreas cobertas pela ESF podem contribuir para melhor organização dos serviços locais, bem como a efetivação de estratégias de promoção da saúde no ciclo gravídico puerperal.

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi descrever o histórico de intercorrências na gestação, autorreferidas, entre mulheres residentes na Região Administrativa Cidade Estrutural, Brasília-DF.

## **2 MÉTODOS**

Este trabalho foi realizado como parte do Estudo Descritivo da Saúde Materno-infantil de famílias residentes na Região Administrativa Cidade Estrutural, que continha vários objetivos. Assim, os aspectos metodológicos gerais guardam semelhança entre os outros trabalhos realizados a partir do mesmo estudo.

### **2.1. Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo transversal descritivo, que consiste na observação da realidade em um único ponto do tempo, não havendo seguimento dos indivíduos, nem estabelecimento de relações de causa e efeito.

### **2.2 Local e período do estudo**

O Estudo foi realizado no território de abrangência da Estratégia Saúde da Família, da Região Administrativa Cidade Estrutural, em Brasília, no Distrito Federal. A Cidade Estrutural tem 39 mil habitantes e conta com dez equipes de Saúde da Família, que poderiam ser responsáveis por 30 mil pessoas, entretanto nenhuma das equipes está completa, havendo uma defasagem de 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que poderiam cadastrar entre 21 e 22,5 mil pessoas no total. A Equipe tem cinco micro áreas, sendo três no Setor Leste e duas no Setor Especial. Tal equipe é composta por uma médica, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, uma cirurgiã dentista e três agentes comunitárias de saúde. A última extração de dados do SIAB (2010) constava 3.996 pessoas e 998 famílias cadastradas na equipe. Considerando que há moradores residentes na área de abrangência não cadastrados pela equipe, estimava-se à época, cerca de 4,5 mil moradores.

O estudo foi realizado nos meses de Abril e Maio de 2017.

### **2.3 Amostra**

Foi planejado inicialmente um estudo amostral por conglomerados, ou seja, a área foi dividida em 30 micro áreas (conglomerados) e dentro de cada uma delas seriam selecionadas sete residências sistematicamente, o que somaria o total de 210 residências entrevistadas. Entretanto, devido aos aspectos logísticos da pesquisa, só foi possível realizar 167 entrevistas, ou seja, dos 30 conglomerados previstos, 23 conglomerados completos e seis entrevistas em um conglomerado, o que computou aproximadamente 80% da amostra desenhada. Dentre as 167 mulheres entrevistadas, 101 mulheres já haviam engravidado em alguma fase da vida, compreendendo a amostra que foi incluída neste estudo.

Neste sentido, não foi possível a estimativa de intervalos de confiança em torno das estimativas produzidas, uma vez que o estudo foi operacionalizado por meio de uma amostra de conveniência. Ainda assim, considerando o número de famílias residentes na área da Equipe 4, a cobertura da amostra realizada foi de 17% dos domicílios (998/167).

## **2.4 Coleta de dados**

A operacionalização da coleta de dados se deu por meio de um processo sistematizados de seleção de domicílios, que está descrito no APÊNDICE 1. As entrevistas foram realizadas pelos participantes do Estudo Descritivo da Saúde Materno-Infantil de famílias residentes na Região Administrativa Cidade Estrutural, acompanhadas, sempre que possível, pelas Agentes Comunitárias de Saúde da região.

Para organização do trabalho de campo, foi realizada uma reunião com a Equipe 4 da ESF, onde as estratégias logísticas foram definidas com amplo apoio da equipe.

Os dados foram obtidos a partir da utilização de um formulário de entrevista, desenvolvido pelos pesquisadores, atender aos objetivos do Estudo Descritivo da Saúde Materno-Infantil de famílias residentes na Região Administrativa Cidade Estrutural. O formulário está apresentado no APÊNDICE 2. Do questionário geral as questões (variáveis) incluídas neste estudo específico foram:

Você teve algum problema de saúde durante a gestação?

- 1) Infecção urinária
- 2) Anemia
- 3) Hipertensão
- 4) Diabetes gestacional

## **2.5 Processamento, análise de dados e softwares utilizados**

Após a coleta de dados, foi construído um formulário para digitação dos dados no programa EpiInfo®. Os 167 questionários foram divididos entre os integrantes do Estudo geral e cada um digitou aproximadamente 20 questionários. Após a digitação, os oito pequenos bancos de dados gerados pela digitação de cada membro do grupo, foram unidos no programa Microsoft Access®.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, incluindo medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Os cálculos foram realizados no programa Microsoft Excel®.

## 2.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao comitê de ética do Uniceub. Os entrevistados foram explicados sobre o objetivo do estudo e solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após sua leitura. Para as questões que envolviam menores de idade, além do TCLE assinado pelo responsável, foi assinado também o Termo de Assentimento. O projeto foi aprovado em 30/03/2017 sob o parecer número 1.992.860.

## 3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características sociodemográficas das 167 mulheres entrevistadas e 92 (55,9%) mulheres eram maiores de 35 anos. Em relação a escolaridade 67 (40,12%) mulheres estudaram da 5ª a 8ª e 61 (36,56%) possuem ensino médio completo. Sobre raça/cor autodeclarada 127 (76,05%) das mulheres se declararam negras (pretas e/ou pardas). Quanto ao estado civil 71 (42,51%) das mulheres relataram ser solteiras e 79 (47,31%) casadas ou em união estável. No que diz respeito a religião a maioria das mulheres 69 (41,32%) relataram ser evangélicas e 63 (37,72%) católicas.

**Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres entrevistadas. Cidade Estrutural. Distrito Federal, 2017.**

<b>Faixa etária (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13 a 15	8	4,79
16 a 19	12	7,19
20 a 24	15	8,98
25 a 29	15	8,98
30 a 34	24	14,37
Maiores de 35	92	55,09
Ignorado	1	0,6



<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não alfabetizada	6	3,59
Até a 4º ano	20	11,98
5º a 8º ano	67	40,12
EM completo	61	36,53
Graduação	10	5,99
Pós-graduação	1	0,6
Ignorado	2	1,2
<b>Raça/cor autodeclarada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Amarela	10	5,99
Branca	24	14,37
Negra (preta/parda)	127	76,05
Ignorado	6	3,59
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Solteira	71	42,51
Casada/união estável	79	47,31
Separada ou divorciada	13	7,78
Viúva	3	1,8
Ignorado	1	0,6
<b>Religião</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Católica	63	37,72
Evangélica	69	41,32
Ignorado	15	8,98
Outros	20	11,98

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos problemas de saúde na gestação, das 167 entrevistadas, 101 mulheres já haviam engravidado em alguma fase da vida. Dentre elas 82 (49%) relataram pelo menos um dos problemas questionados. Observou-se que os problemas mais frequentes foram as infecções do trato urinário (36; 21,5%) e anemia (35; 20,9%). Já em termos dos problemas mais severos com probabilidade de maiores complicações, observou-se que 15 (8,9%) referiram ter tido hipertensão, e 15 (8,9%) diabetes no período gestacional.

Ao correlacionar a patologia relatada com a idade da mulher no momento da entrevista, observa-se que as maiores de 35 anos tiveram a maior frequência de problemas.

Na Tabela 2 em todas as faixas etárias o problema mais relatado foi ITU, ressalta-se que hipertensão e DMG apareceu com mais frequência nas mulheres que referiram idade atual maior que 35 anos.

O estado civil das mulheres pode ser uma variável que indiretamente represente a estabilidade familiar dessa mulher no período gestacional, o que pode contribuir para sua saúde

emocional durante a gestação. As casadas e/ou em união estável apresentaram maior número de patologias durante a gestação, sendo as patologias mais relatadas a anemia e a ITU, em seguida as que se referiram solteiras com as mesmas patologias em maior frequência.

Em comparação a quantidade de gestas associadas as doenças, as mulheres que tiveram de 1 a 3 gestas mostraram uma elevada frequência de problemas durante o período gestacional, sendo o problema mais frequente a ITU.

**Tabela 2. Estratificação das patologias na gestação segundo algumas características das mulheres entrevistadas que já haviam engravidado em alguma fase da vida. Cidade Estrutural. Distrito Federal, 2017.**

Faixa etária	Anemia		ITU <sup>1</sup>		Hipertensão		DMG <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
16 a 19 anos	1	2,8	3	8,6	0	0,0	1	6,7
20 a 24 anos	5	13,9	7	20,0	2	13,3	1	6,7
25 a 29 anos	4	11,1	3	8,6	1	6,7	2	13,3
30 a 34 anos	4	11,1	3	8,6	3	20,0	2	13,3
Maior de 35 anos	22	61,1	19	54,3	9	60,0	9	60,00
Total	36	100,0	35	100,0	15	100,0	15	100,0
Estado Civil	n	%	n	%	n	%	n	%
Casada/união estável	18	50,0	18	51,4	8	53,3	10	66,7
Separada/divorciada	0	0,0	2	5,7	1	6,6	1	6,7
Solteira	17	47,2	15	42,9	6	40,0	4	26,7
Viúva	1	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	36	100,0	35	100,0	15	100,0	15	100,0
Gestas	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 3	21	58,3	25	71,4	11	73,3	13	86,7
4 a 6	8	22,2	5	14,2	3	20,0	1	6,7
Mais de 6	7	19,4	5	14,2	1	6,6	1	6,7
Total	36	100,0	35	100,0	15	100,0	15	100,0

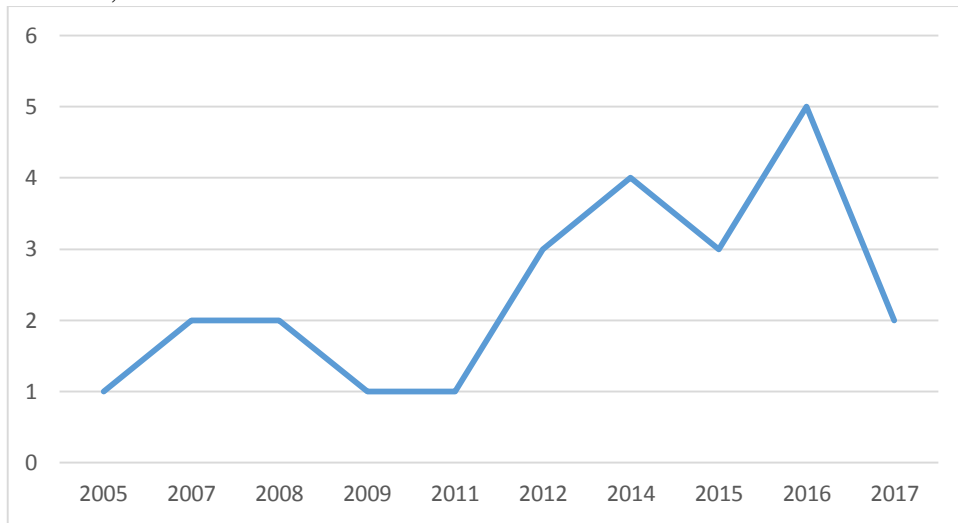
1 ITU: Infecção trato urinário

2 DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a ITU na gestação, patologia com maior prevalência neste estudo, tentou-se observar se, ao longo do tempo (última gestação das mulheres), esta patologia se comportou de forma estável, ascendente ou descendente no grupo entrevistado. Ainda que esta análise tenha uma grande limitação do número de entrevistadas, bem como o fato de ter sido uma patologia autorreferida, observou-se que a partir do ano de 2011 á 2017 houve um aumento no número de casos, uma vez que nos anos anteriores, o relato foi de apenas 1 a 2 mulheres com tal complicação por ano.

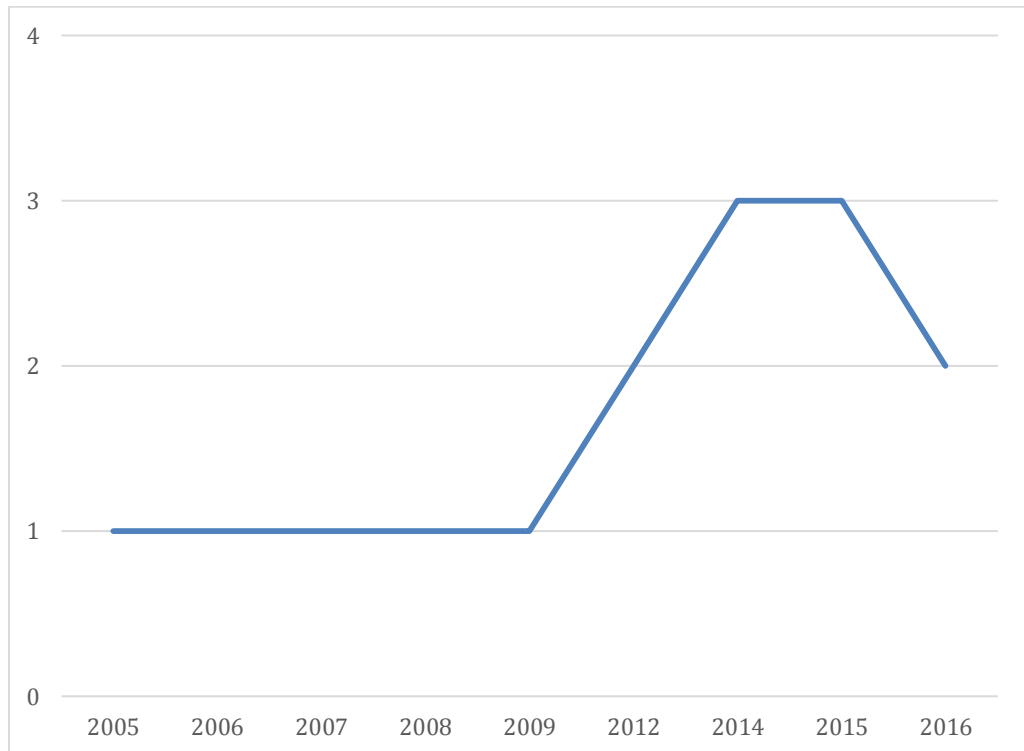
**Figura 1.** Relação dos casos autorreferidos de ITU durante a gestação ao longo dos anos entre as mulheres entrevistadas. Cidade Estrutural. Distrito Federal, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

Já em relação a hipertensão na gestação, evento que pode levar a complicações graves, observou-se que a partir do ano de 2012 houve um discreto aumento no número de casos, uma vez que nos anos anteriores, o relato foi de apenas uma mulher com tal evento por ano.

**Figura 2.** Relação dos casos autorreferidos de hipertensão durante a gestação ao longo dos anos entre as mulheres entrevistadas. Cidade Estrutural. Distrito Federal, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

## 4 DISCUSSÃO

Neste estudo obteve-se um percentual de 20,9% de gestantes que autorreferiram anemia durante a gestação. A anemia causada por baixas taxas de ferro no organismo é a carência nutricional mais prevalente no mundo, nas gestantes, possuem efeitos mais visíveis e prejudiciais. A nível mundial é provável que cerca de 19% das gestantes apresentem anemia (BLACK et al., 2013; STEVENS et al., 2011).

No Brasil, ainda não existe uma pesquisa de alcance nacional sobre a prevalência do impacto nesse grupo populacional mas estudos pontuais indicam diversidades regionais importantes, com variação de 6,3% no Sul a 33,5% no Nordeste (FUJIMORI et al., 2011; ARAÚJO et al., 2013).

A deficiência de ferro na gestante pode ocasionar efeitos prejudiciais tanto para si mesma quanto para o recém-nascido. As anemias maternas moderada e grave estão relacionadas a um crescente número de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal. Os efeitos causados no feto são a restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, morte fetal e anemia no primeiro ano de vida, pelo fato das baixas reservas de ferro no recém-nascido (ROCHA et al., 2005).

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza a suplementação universal de 40 mg de ferro elementar e 5 mg de ácido fólico, todos os dias, uma hora antes das refeições, a começar da vigésima semana de gestação em gestantes que não possuem anemia. Nas gestantes já diagnosticadas com anemia leve a moderada, aconselha-se a prescrição de sulfato ferroso com dose para tratamento de anemia ferropriva (120 a 240mg de ferro elementar por dia) (BRASIL, 2006). Os níveis de concentração de hemoglobina, é um indicador específico para diagnóstico da anemia, deve-se avaliar nas primeiras consultas de pré-natal de gestantes atendidas em serviços públicos de saúde no Brasil. Nesse contexto, existe a Portaria Nº730, de 13 de Maio de 2005 que instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro que tem como objetivo prevenir a anemia ferropriva em gestantes e crianças de 6 a 18 meses de idade (BRASIL, 2005).

Nesse estudo constatou-se que das gestantes que tiveram de 1 a 3 gestas 21 (67,7%) tiveram anemia, comparando com um estudo que apresentou prevalências de >20% de anemia em gestantes com duas ou mais gestações anteriores, no segundo e terceiro trimestre de gestação, a quantidade de gestas interfere diretamente no aparecimento de doenças na gestação (WHO, 2001).

A infecção do trato urinário (ITU) foi a mais frequente nesse estudo com 21,5%, comparada com um estudo feito no Rio de Janeiro, sua prevalência foi estimada em 20% (MONTENEGRO; REZENDE, 2011). A ITU atinge as mulheres de menor nível socioeconômico, mais jovens e multíparas (FATIMA; ISHRAT, 2006; FELDKAMP et al., 2008).

Mulheres com nível socioeconômico baixo, menor grau de informação e menos chances de acesso ao serviço de saúde, são mais vulneráveis, o que pode interferir no conhecimento sobre a saúde de si mesma e gestação. Tornando imprescindível a realização do exame de urina durante a gestação, o rastreamento da ITU deve ser feito em toda unidade de assistência ao pré-natal (SMAILL, 2007).

A ITU é a terceira intercorrência clínica mais frequente na gestação, compreendendo de 10% a 12% das gestantes, porém neste estudo foi a primeira intercorrência clínica mais frequente. No período gravídico torna-se mais alarmante quando assintomática, quando não detectada com rapidez, essa situação propicia o parto prematuro do bebê e internação da gestante. No começo da gestação a bacteriúria assintomática, é também, um risco para uma posterior pielonefrite. No entanto, quando sintomática a infecção também é significativa, apesar disso o diagnóstico é mais rápido em razão da presença de sintomas que se estabelecem conforme o tipo de infecção que se instalou no trato urinário da gestante. A dor lombar pode ser o sintoma clínico mais referido, em alguns casos de infecção (JACOCIUNAS; PICOLI, 2007; ASSIS; TIBÚRCIO, 2004).

Existem evidências de que por meio da anamnese realizada nas consultas de pré-natal é possível identificar gestantes com maior risco para ITU. Logo, o Ministério da Saúde (MS) iniciou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O destaque deste programa verifica-se nos procedimentos clínicos e laboratoriais que a gestante deve obter no período do pré-natal, evidenciando a identificação de fatores de risco que necessitem da intervenção de cuidados clínicos. Um dos objetivos do PHPN é a crescente propagação da educação em saúde e os conhecimentos durante o pré-natal. Contudo, sabe-se pouco acerca do conhecimento que a mulher tem sobre o processo de gestação em si (MENDOZA-SASSI et al., 2007; CESAR; ULMI, 2007).

O Ministério da Saúde em seu "Manual técnico pré-natal e puerpério", do mesmo modo que em outra publicação pertinente ao PHPN, determina que deve-se solicitar na primeira consulta de pré-natal o exame de urina tipo I e a urocultura e repetir o sumário de urina no

terceiro trimestre de gestação (BARROS; PAULA; RODRIGUES, 1997; SILVEIRA et al., 2008).

A hipertensão durante a gestação é uma das principais causas de morbimortalidade materna com um valor preocupante no Brasil (LOTUFO et al., 2012; CECATTI et al., 2007).

A partir deste estudo observou-se que 8,9 % das mulheres relataram hipertensão no período gestacional. Conforme dados da literatura cerca de 10 % das gestações podem ser acometidas pela hipertensão (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009). No entanto, a hipertensão crônica e o histórico de síndromes hipertensivas em gestação anterior representam risco durante a gestação e no momento do parto, exigem atenção redobrada à saúde reprodutiva antes, durante e após a gestação.

A pressão sanguínea aumentada em gestantes tem efeitos negativos sobre inúmeros sistemas, especialmente vascular, hepático, renal e cerebral. Esses problemas observados esclarecem a alta morbimortalidade materna e perinatal em mulheres com e hipertensão gestacional e as que desenvolvem a pré-eclâmpsia. Essas situações são as principais causas de morte materna no Brasil e no mundo (ARAÚJO et al., 2007). A pré-eclâmpsia é uma síndrome que afeta muitos órgãos na gestante, é identificada pelo início da hipertensão e proteinúria após a vigésima semana de gestação (REPORT..., 2000).

Por meio de diretrizes e ações o Ministério da Saúde, investiu na qualificação do controle da gestação de alto risco e na instituição de uma rede de serviços característicos (BRASIL, 2012). Essa assistência especializada para se tornar eficaz necessita de implementação de propostas, frequentes discussões entre profissionais de saúde e gestores. Porém, no caso das síndromes hipertensivas, em muitas ocasiões, presta-se pouca atenção à saúde reprodutiva das mulheres nos períodos não gestacionais, apesar de que o risco reprodutivo já possa estar inserido e manter-se após a gravidez.

Foi observado neste estudo que 8,9 % das gestantes relataram ter tido Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) durante a gestação, e conforme a literatura aproximadamente 7% das gestações estão associadas a complicações maternas e fetais relacionadas ao DMG, que foram registradas no Sistema Único de Saúde (SUS), uma das causas mais recorrentes de morbimortalidade materna no Brasil (BOLOGNANIL; SOUZA, 2011).

É importante um acompanhamento durante o pré-natal sobre a idade das gestantes, especialmente as com idade maior que 25 anos, com sobrepeso ou obesidade e antecedentes familiares de diabetes e/ou hipertensos; usuárias de drogas hiperglicemiantes; portadoras da

síndrome dos ovários policísticos e/ou síndrome metabólica; com história de perda gestacional de repetição; polidrâmnio; macrosomia e óbito fetal requerem cuidado específico e uma atenção singular no pré-natal, a fim de prevenir danos em relação a doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Nesse sentido, deve-se priorizar na assistência ao pré-natal, a educação em saúde e cuidados específicos, como atividade física, dieta, controle glicêmico e recomendações em relação ao tratamento medicamentoso, de forma que impeça um desfecho desfavorável para gestante e o recém-nascido. Diante disso, identifica-se a importância do diagnóstico precoce dessa patologia em razão das complicações, como a descompensação metabólica, suscetível a progredir para cetoacidose, as infecções urinárias de repetição com o risco de pielonefrite aguda, o surgimento simultâneo da doença hipertensiva, risco para abortamento, parto prematuro, distócias e malformações congênitas (FREITAS et al., 2010).

No pré-natal das portadoras de DMG, é imprescindível a frequência nas consultas, o controle metabólico materno e a monitorização do bem-estar fetal. Aconselha-se que as consultas sejam quinzenais, do diagnóstico de DMG até a 32ª semana, e consecutivamente, semanais até o parto (FREITAS et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera essencial o início precoce do pré-natal para a adequada assistência, bem como o número recomendado de consultas, ressalta-se um quantitativo igual ou superior a seis, assegura-se o monitoramento da saúde da mulher e do bebê, assim como orientação sobre o parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2013).

## **5 CONCLUSÃO**

De acordo com os dados da pesquisa encontramos uma frequência importante das patologias mais comuns na gestação como ITU e anemia, além de patologias que podem evoluir para situações graves. Estes achados apontam para a importância do investimento contínuo na qualificação das ações de pré-natal com abordagem de identificação de risco. Recomenda-se também que o investimento em ações de educação em saúde das gestantes, para promoção do autoconhecimento sobre sua saúde durante o ciclo gravídico puerperal.

Os diversos aspectos como faixa etária, estado civil e quantidade de gestas influenciam diretamente no surgimento dessas patologias. Assim como, as doenças crônicas já existentes e o estilo de vida dessas mulheres. A morbimortalidade de gestantes devido a essas patologias,

podem ser evitadas, sendo feito um controle específico dos fatores de risco, e investindo em programas como o PHPN e PNSF.

## 6 REFERÊNCIAS

AMERICAN Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, EUA, v. 34, n. 1, p. 62-9, jan. 2013.

ANGONESI, J.; POLATO, A. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG): incidência à evolução para síndrome de Hellp. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 243-245, out./dez. 2007.

ARAÚJO, C. R. M. A. et al. Níveis de hemoglobina e prevalência de anemia em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde, antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 535-545, jun. 2013.

ARAÚJO, F. M. et al. Familial occurrence of gestational hypertensive disorders in a Brazilian population. **Hypertens Pregnancy**, London, v. 26, n. 3, p. 357-362, jul. 2007.

ASSIS, R. G.; TIBÚRCIO, R. E. S. **Prevalência e características da lombalgia na gestação**: um estudo entre gestantes assistidas no programa de pré-natal da maternidade Dona Íris em Goiânia. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2004.

AZEVEDO, D. V. et al. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. **Revista de Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 347-358, jun. 2009.

BARROS, S. M. O, PAULA, C. A. D, RODRIGUES, S. S. M. W. Infecção urinária entre gestantes: intervenção de enfermagem para sua prevenção e tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 93, n. 10, p. 93-99, jan./abr. 1997.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 382, n. 9890, p. 427-51, aug. 2013.

BOLOGNANIL, C. V.; SOUZA, S. S.; CALDERON, I. M. P. Diabetes mellitus gestacional: enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Revista Comunicação Ciências da Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 31-42, jan./mar. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 5. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/g\\_estacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/g_estacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. 3. ed. Brasília: [s.n], 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: MS; 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



\_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 730, de 13 de maio de 2005**. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0730\\_13\\_05\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0730_13_05_2005.html). Acesso em: 4 jul. 2017.

BRILHANTE, A. V. M. et al. Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP: revisão de literatura. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, p. 341-344, jul., 2010.

CECATTI, J. G. et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. **Reproductive Health Matters**, Rockville Pike, Maryland, USA, v. 15, n. 30, p. 125-133, nov. 2007.

DANI, C. et al. Prevalência da anemia e deficiências nutricionais, através de diferentes parâmetros laboratoriais, em mulheres grávidas atendidas em dois serviços de saúde pública no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio Grande do Sul, v. 40, n.3, p. 171-175, maio, 2008.

FATIMA, N; ISHRAT, S. Frequency and risk factors of asymptomatic bacteriuria during pregnancy. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, Rockville Pike, Maryland, USA, v. 16, n. 4, p. 273-275, apr. 2006.

FELDKAMP, M. L. et al. Case-control study of self reported genitourinary infections and risk of gastroschisis: findings from the national birth defects prevention study, 1997-2003. **BMJ**, Rockville Pike, Maryland, USA, v. 336, n. 7658, p. 1420-1423, jun. 2008.

FREITAS, F. et al. Rotinas em obstetrícia. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 185-186, abr/jun. 2006.

FREITAS, P, et al. Profile of mothers of newborns with blood glucose control in the first hours of life. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 636-41, set., 2010.

FUJIMORI, E. et al. Anemia em gestantes brasileiras antes e após a fortificação das farinhas com ferro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1027-1035, dec. 2011.

JACOCIUNAS, L. V.; PICOLI, S. U. Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio Grande do Sul, v. 39, n. 7, p. 55-57, dec. 2007.

LOTUFO, F. A. et al. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. **Clinics**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 225-230, mar. 2012.

MASSUCHETI, L. **Prevalência de anemia em gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Florianópolis – SC**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. 149p. Florianópolis, SC. Abril, 2007.

MCCALL, L.; MARREIRO, C. M. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 23, n. 3, p. 1-7, ago. 2009.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.

MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 2, p. 250-255, abr./ jun. 2010.

NETO, C. N. et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n.9, p. 1-10, set., 2010.

OLIVEIRA, M. I. V. et al. Perfil de mães e recém-nascidos na presença do diabetes mellitus gestacional. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 28-36, out./ dez. 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **AIEPI Neonatal**: intervenciones basadas en evidencia: en el contexto del continuo materno-recién nacido-niño menor de 2 meses. Washington (DC), 2009. [Disponível em: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final\\_intervenciones\\_evidencia.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/final_intervenciones_evidencia.pdf)]

PAIVA, A. A. et al. Relationship between the iron status of pregnant women and their newborns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 321-327, jun. 2007.

REPORT of the National High Blood Pressure Education Program working group on high blood pressure in pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Rockville, Pike, Maryland, USA, v. 183, n. 1, p. 1-22, jul. 2000.

ROCHA, D. S. et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 481-89, jul./ ago. 2005.

SILVEIRA, M. F. et al. Exame de urina no pré-natal. **Revista de Saúde Pública**., São Paulo, v. 42, n. 3, p. 389-395, jun. 2008.

SMAILL, F. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Rockville Pike, Maryland, USA, v. 21, n. 3, p. 439-450, oct. 2007.

SMAILL, F. M.; VAZQUEZ, J. C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 2015, n. 8, p. 1-48, ago. 2015.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 566-573, nov. 2009.

STEVENS, G. A. et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. **Lancet Global Health**, Rockville Pike, v. 1, n. 1, p. 16-25, jul. 2013.

VAZQUEZ, J. C.; ABALOS, E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 2011, n. 1, jan. 2011. Art. No.:CD002256. DOI: 10.1002/14651858.CD002256.pub2

VIANA, R.C; NOVAES, M. R. C. G; CALDERON, I. M. P. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 141-152, ago. 2011.

VILLAR, J. et al. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, v. 2000, n. 2 apr. 2000. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.

WHO (World Health Organization). **Iron deficiency anaemia**: assessment, preventing, and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <[http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida\\_assessment\\_prevention\\_control.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

## APÊNDICE 1

### 1. Plano Original para organização da coleta de dados

Agente de Saúde	Alunos	Dias de coleta	Conglomerado	Localização	Quadra	Conjunto
Gil	Letícia, Thaynara, Naiara	Quinta-feira a tarde (13h)	1	Setor Especial	1	1
			2	Setor Especial	1	2
			3	Setor Especial	1	3
			4	Setor Especial	1	4
			5	Setor Especial	1	5
			6	Setor Especial	1	6
			7	Setor Especial	1	7
			8	Setor Especial	2	8
			9	Setor Especial	2	1
			10	Setor Especial	2	2
			11	Setor Especial	2	3
			12	Setor Especial	2	4
			13	Setor Especial	2	5
			14	Setor Especial	2	6
			15	Setor Especial	2	7
			16	Setor Especial	2	8
Rosângela	Natália e Rodrigo	Quarta-feira manhã (7h)	17	Setor Leste	4	2 (A - número 1 ao 30)
			18	Setor Leste	4	3
			19	Setor Leste	4	4
			20	Setor Leste	4	5
			21	Setor Leste	4	6 e 7
			30	Setor Leste	4	2 (B - número 31 até o final)
Francisca	Evilayne, Abigail, Cíntia	Sábado	22	Setor Leste	5	8 (A - número 1 ao 30)
			23	Setor Leste	6	8 (B - número 31 até o final)
			24	Setor Leste	7	9 (A - número 1 ao 30)
			25	Setor Leste	8	9 (B - número 31 até o final)
			26	Setor Leste	9	10 e 11
			27	Setor Leste	10	12
			28	Setor Leste	11	13
			29	Setor Leste	12	14

### Orientações

1. Deverão ser realizadas entrevistas em APENAS SETE domicílios em cada conglomerado;
2. O primeiro conglomerado a ser entrevistado deverá ser SORTEADO entre os números de lotes (residências) existentes no conglomerado (CUIDADO, observem que tem conglomerados representados por apenas um conjunto, mas tem conglomerados divididos e conglomerados representados pela junção de dois conjuntos.
3. Após a primeira entrevista, sempre movendo em sentido horário, pular uma casa e entrevistar a casa seguinte. Se houver recusa, ou não elegíveis na casa, continuar pulando uma e entrevistando a seguinte, até completar SETE casas entrevistadas em cada conglomerado;
4. Anotar todas as ocorrências no dia da coleta, por exemplo, todas as recusas e todas as casas sem elegíveis. Ao final precisamos terminar com 210 casas entrevistadas (sete casas em cada conglomerado), mas precisamos computar quantas casas foram substituídas por não haver elegíveis ou recusa.

## APÊNDICE2

### Identificação da mulher

Nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Iniciais \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 G \_\_ P \_\_ (N \_\_ C \_\_) A \_\_  
 Data do último parto: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_

#### 01. Estado civil

- 1\_\_solteira  
 2\_\_casada/união estável há mais de seis meses  
 4\_\_viúva  
 5\_\_separada ou divorciada  
 99\_\_não quero informar

#### 02. Escolaridade

- 1\_\_Não alfabetizada  
 2\_\_Até a 4ª série  
 3\_\_5ª a 8ª série  
 4\_\_Ensino médio completo  
 3\_\_Graduação  
 4\_\_Pós-graduação

#### 03. Que raça/cor você se considera?

- 1\_\_Branca 2\_\_Preta 3\_\_parda 4\_\_amarela  
 5\_\_indígena 99\_\_não quero informar

### Intercorrências na gestação

**Você teve algum problema de saúde durante a gestação?**

- a) Infecção urinária 1\_\_Sim 1\_\_Não  
 3\_\_Não lembro  
 b) Anemia 1\_\_Sim 1\_\_Não 3\_\_Não lembro

c) Hipertensão 1\_\_Sim 1\_\_Não 3\_\_Não lembro

d) Diabetes gestacional 1\_\_Sim 1\_\_Não  
 3\_\_Não lembro

Outro (especificar):

\_\_\_\_\_